

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932 - 1933. — N° 106

LES

ULCÈRES CALLEUX DE LA PETITE COURBURE ET LEUR OPÉRATION EN DEUX TEMPS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Décembre 1932

PAR

Marie-Raphaël RÉMY

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à SAINT-LAURENT (Guyane Française), le 3 janvier 1908.

Examineurs de la Thèse	}	MM. CHAVANNAZ, professeur...	Président.
		ANDÉRODIAS, professeur...	Juges.
		PAPIN, agrégé.....	
		AUBERTIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932 - 1933. — N° 106

LES

ULCÈRES CALLEUX DE LA PETITE COURBURE ET LEUR OPÉRATION EN DEUX TEMPS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Décembre 1932

PAR

Marie-Raphaël RÉMY

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à SAINT-LAURENT (Guyane Française), le 3 janvier 1908.

Examineurs de la Thèse

MM. CHAVANNAZ, professeur...	Président.
ANDÉRODIAS, professeur...	
PAPIN, agrégé.....	Juges.
AUBERTIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGÉY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).

LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

{ CABANNES (en congé).
BEAUVIEUX (chargé).
N.
GOURDON.
DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Qui serait si heureux en ce jour.

A LA MEMOIRE DE MON COUSIN ROGER DAURIAC

Etudiant en médecine.

MORT POUR LA FRANCE

A MA MERE — A MA SOEUR

Je ne puis mieux faire que de les
réunir ici : leur tendre volonté et leur
amour m'ont permis de réaliser mes
rêves d'enfant.

A MON FRERE — A MA BELLE-SOEUR

Qui ont toujours su me prouver leur
grande affection.

A MES ONCLES — A MES TANTES — A MES COUSINES

Qui souvent remplacèrent les absents.

A MA FIANCEE — A SES PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES CAMARADES
DES TROUPES COLONIALES ET DE LA MARINE

A MES PROFESSEURS ANCIENS ET PRESENTS
DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

STAGES :

1928-1929 :

MONSIEUR LE DOCTEUR ROCAZ

MONSIEUR LE DOCTEUR RABÈRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHER

1930 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDÉRODIAS

EXTERNAT :

1929-1930 :

MONSIEUR LE DOCTEUR RABÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LEFÈVRE

1930-1931 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PETGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARLES

1931-1932 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASSAËT

A MES Juges

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEFÈVRE

Chirurgien des Hôpitaux.

Que je remercie sincèrement des conseils qu'il a bien voulu me prodiguer.

Qu'il me soit permis de lui exprimer toute ma respectueuse admiration pour son brillant enseignement et sa maîtrise opératoire.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine
et de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Médaille interalliée et de la Médaille de la Victoire,
Officier de l'Instruction publique.*

Avec l'assurance de ma très respectueuse reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Au seuil de la vie nouvelle qu'ouvre devant nous la fin officielle de nos études, nous venons, selon la tradition, évoquer avec émotion et reconnaissance les noms de ceux qui nous ont guidé à travers l'admirable domaine de la médecine.

Nous nous souviendrons toujours de nos Professeurs de l'Ecole annexe de médecine navale de Rochefort-sur-Mer, qui, les premiers, ont eu la lourde tâche de nous faire aimer notre profession, alors que nous étions un peu dérouté par des études toutes spéciales.

Ils nous ont guidé, encouragé, nous ont fait persévérer dans nos efforts; ils ont droit à toute notre reconnaissance.

Nos remerciements vont ensuite à tous nos Maîtres de la Faculté et des hôpitaux, en particulier à ceux dont nous avons eu l'honneur d'être soit le stagiaire, soit l'externe : qu'ils trouvent ici l'expression de notre respectueux attachement.

Nous avons conscience des imperfections de cette étude, et, certes, nous n'avons pas la prétention d'avoir épuisé le sujet choisi, mais nous serions heureux si nos modestes travaux, ajoutés à ceux déjà si nombreux publiés sur la chirurgie gastrique, pouvait apporter une lueur — nous n'osons dire une solution — à la controverse si ancienne engagée sur le traitement de l'ulcère de l'estomac.

Si nous n'atteignons pas le but poursuivi, nous aurons du moins affirmé la satisfaction retirée du résultat toujours tangible des traitements chirurgicaux, en particulier de ceux obtenus dans le service de M. le Docteur Lefèvre, que nous

remercions sincèrement d'avoir bien voulu nous confier un tel sujet.

Merci également à M. G. Audain, chirurgien de l'Hôpital Stell (Fondation Tück), qui a si gracieusement mis à notre disposition ses publications riches en éléments importants et scellées du sceau de son autorité éclairée.

Enfin, nous garderons une profonde reconnaissance à M. le Professeur Chavannaz pour le grand honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre soutenance de thèse et pour l'accueil bienveillant et la mansuétude qu'il n'a cessé de témoigner à notre égard.

PLAN

Faisant sciemment abstraction des généralités sur l'ulcère calleux, de leurs modalités anatomo-cliniques et de leur pathogénie aussi bien que de leur étiologie, enfin connaissant l'échec du traitement médical, nous nous bornerons, à la lueur de quelques observations, à étudier les différentes méthodes mises en œuvre pour un traitement chirurgical.

Nous diviserons notre travail comme suit :

INTRODUCTION.

OBSERVATIONS.

PREMIERE PARTIE. — COMMENT SE PRÉSENTE AU CHIRURGIEN L'ULCÈRE CALLEUX DE LA PETITE COURBURE ?

- a) Ulcère calleux simple non adhérent;
- b) Ulcère calleux adhérent;
- c) Ulcère calleux térébrant;
- d) Ulcère calleux géant;
- e) Le bilan inflammatoire de ces ulcères.

DEUXIEME PARTIE. — QUELLES ONT ÉTÉ LES INTERVENTIONS PROPOSÉES ?

A. — *Intervention conservatrice ou indirecte :*

La gastro-entérostomie : ses avantages et ses inconvénients.

B. — *Interventions mutilatrices simples ou directes :*

Ablation simple de l'ulcère;
Ablation à la Balfour;
Résections en selle et en gouttière.

C. — *La gastro-pyloréctomie :*

Ses avantages et ses inconvénients;

Ses modalités :

en un temps;

en deux temps.

Leurs techniques respectives.

CONCLUSIONS.

LES
ULCÈRES CALLEUX
DE LA PETITE COURBURE
ET LEUR OPÉRATION EN DEUX TEMPS

INTRODUCTION

Le problème du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac, mis à l'ordre du jour depuis de nombreuses années, est sans doute la question la plus controversée de la chirurgie gastrique.

Nous n'en donnerons comme preuve que les nombreuses méthodes opératoires, auxquelles sont associés les noms fameux de Balfour, Kocher, Polya, Bilioth, Finsterer, à l'étranger; Delagénère, Duval, Marion, Delore, Lecène, Hartmann, Pauchet, en France.

Les récentes discussions, d'autre part, des différents Congrès de chirurgie n'ont pas résolu la question. Actuellement, dans l'ensemble, la résection large semble gagner nettement du terrain sur les opérations conservatrices ou peu mutilatrices. Les médecins spécialisés qui revoient leurs malades dans la suite semblent vouloir s'engager de plus en plus dans cette voie.

Personnellement, nous rapportons dans ce modeste tra-

vail une vingtaine d'observations qui nous permettront de conclure en faveur de telle ou telle opération. Nous n'avons pas la prétention de substituer l'une à l'autre, car les procédés doivent garder chacun leur indication respective, et c'est justement ce point que nous voudrions préciser. Ainsi, par exemple, nous ne désirons pas voir la gastrectomie en deux temps se substituer toujours à la résection en un temps, ou inversement. Parmi ces observations, il s'en trouvera quelques-unes dans lesquelles la deuxième intervention n'aura pas été prévue au début de façon ferme, mais aura été faite itérativement. C'est une preuve de plus que la gastro-entérostomie première a été insuffisante. Il vaut donc mieux, à notre avis, se décider avant l'intervention à opérer en deux temps; l'avantage évident sera de permettre une gastro-entérostomie au point d'élection et notre malade sera ainsi préparé, dans les meilleures conditions possibles, à la gastropyloréctomie secondaire.

OBSERVATIONS

I. — Opérations en deux temps.

OBSERVATIONS INÉDITES DUES A L'OBLIGEANCE
DE M. LE DOCTEUR LEFÈVRE.

OBSERVATION I.

J... (B.), homme, 55 ans. Depuis deux ans, crises sans horaire fixe dans l'hypocondre gauche et le creux épigastrique. Pas de vomissements, pas de méléna, pas d'ictère; amaigrissement marqué. Radio : image diverticulaire de la petite courbure persistante. Amputation de la région pylorique. Stase de la première et de la deuxième portion. Bulbe dilaté.

Diagnostic. — Ulcus de la petite courbure avec diverticule et sténose.

Interventions (25 nov. 1925). — Anesthésie locale à l'allocaïne à 1/2 p. 100; anesthésie des splanchniques (1 p. 100). On trouve un estomac oedémateux, avec un volumineux ulcère de la petite courbure, adhérent au pancréas et au mésocôlon, avec traînées inflammatoires se propageant jusqu'au pylore et au petit épiploon. Taches nacrées de périhépatite.

Gastro-entérostomie : très en haut et à gauche.

26 janvier 1926 : Anesthésie au chloroforme. Laparotomie. Adhérences épiploïques au foie et à la paroi. Adhérences de l'estomac à la face inférieure du foie.

Au niveau de la petite courbure, ébauche de biloculation.

Il existe encore de l'induration, mais bien moindre que lors de la première intervention.

Gastro-pylorectomie : Section du duodénum et séparation de l'estomac du pancréas depuis le pylore jusqu'au tiers supérieur de la petite courbure.



Induration d'une pièce de 5 francs au niveau du pancréas.

Section de l'estomac en amont de l'ulcère.

Drainage.

Pièce anatomique : L'ulcère est perforé, bouché par le pancréas, et en voie de cicatrisation sur la paroi stomacale.

Suites. — Sort guéri de l'hôpital. Revu en octobre 1926, complètement transformé; n'a plus de douleurs, a un très bon appétit.

OBSERVATION II.

V... (D.), homme, 65 ans. Le malade fait remonter le début de sa maladie à environ dix ans. A cette époque, il vomissait abondamment un liquide incolore sans saveur particulière à n'importe quel moment de la journée. Ces vomissements étaient précédés d'un léger malaise qui disparaissait par la suite. Depuis cette époque jusqu'en 1923, le malade a ainsi vomi par intermittence, mais sans souffrir. A partir de 1923, les douleurs ont fait leur apparition. Elles consistaient avant le repas en tiraillements et en brûlures au creux épigastrique. Elles étaient calmées par l'ingestion d'aliments, mais reparaissaient bientôt, deux heures après le repas. C'est alors que les vomissements faisaient leur apparition et calmaient quelquefois le malade. Une opération proposée fut repoussée. Force fut donc de soumettre le malade à un traitement médical, qui lui donna pendant deux ans l'illusion de la guérison. Au mois d'octobre 1925, à la suite d'excès pendant les vendanges, il recommence à souffrir, de la même manière et avec les mêmes manifestations symptomatiques que précédemment. N'a jamais eu ni hémartémèse, ni méléna, ni ictère. Pas de constipation.

L'examen de l'abdomen ne révèle rien d'anormal, si ce n'est une défense musculaire non douloureuse du creux épigastrique et de la région vésiculaire.

Interventions : 30 décembre 1925 : Anesthésie au chloroforme, laparotomie. On trouve un ulcère calleux du tiers inférieur de la petite courbure, sur le versant pylorique, et empiétant sur la première portion du duodénum; on note également de la périoduodénite.

Gastro-entérostomie.

28 janvier 1926 : Anesthésie au chloroforme, laparotomie. On trouve un ulcère calleux de la petite courbure, perforé, bouché par le pancréas, avec sténose du duodénum. Les adhérences des première et deuxième portions du duodénum existent toujours.

Duodéno-pylorectomie.

Suites. — Revu le 25 octobre 1926, n'a plus jamais souffert de

l'estomac, malgré aucun régime et de copieuses libations. A pris 3 kilos en trois mois et, depuis, ne s'est plus pesé. Très bon état général.

OBSERVATION III.

D... (F.), homme, 35 ans. Malade déjà opéré pour ulcère calleux de la petite courbure et pour ulcération du duodénum (gastro-entérostomie et exclusion du pylore au crin).

A la radio, le pylore, qui n'était pas perméable à la sortie du malade, est redevenu perméable.

Les douleurs ont réapparu et le malade a maigri.

Opération complètement insuffisante.

On se décide à réintervenir.

Intervention (2 juin 1927). — Anesthésie au chloroforme, laparotomie. Pas trop d'adhérences. On constate que le pylore est rétréci et le crin en place. La vésicule est volumineuse et adhérente au duodénum.

Libération de la vésicule.

Gastro-pylorotomie de droite à gauche. Un drain. Fermeture en un plan.

Pièce anatomique. — Le pylore perméable laisse passer facilement une pince de Péan.

Suites. — Bonnes. Guérison.

OBSERVATION IV.

G... (J.), homme, 45 ans. Douleurs consécutives à un ulcère de la petite courbure, traité antérieurement par gastro-entérostomie.

Intervention (22 février 1929). — Anesthésie à l'éther. Laparotomie. On trouve des adhérences fixant le duodénum et le pylore au foie et ce dernier à la paroi. Libération du pylore; on trouve un ulcère perforé, bouché, de la petite courbure (tiers moyen), avec adhérences s'étendant jusqu'au niveau du cardia. Section de l'ulcère, dont le fond est laissé sur le foie, et résection en gouttière de la petite courbure.

Gastrectomie en amont de l'ulcère, jusqu'au duodénum. On dé-

fait la première bouche de gastro, qui était juxtapylorique et rétrécie.

Fermeture du moignon stomacal.

Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

Fermeture en 3 plans.

Un drain et une mèche.

Suites. — Normales.

OBSERVATION V.

G..., homme, 55 ans. Souffre depuis trois ans, deux heures après avoir mangé. Depuis un an, douleurs constantes avec irradiation dans le dos. Diminution de l'appétit.

Interventions :

6 mars 1929 : Anesthésie à la butelline. Gros ulcère calleux prépylorique adhérent.

Gastro-entérostomie au catgut.

13 juin 1929 : Anesthésie à la butelline. L'ulcère a diminué de moitié, plus de phénomènes inflammatoires.

Gastro-pylorectomie.

Suites. — Normales. Guérison.

OBSERVATION VI.

D... (F.), homme, 56 ans. Vient parce qu'il souffre de l'estomac, malgré une gastro-entérostomie pour ulcère de la petite courbure, faite par M. Lefèvre le 11 août 1925. A vécu depuis son opération sans ressentir de douleurs gastriques, sous l'influence, il est vrai, d'un régime, jusqu'à il y a environ deux mois et demi. Depuis cette date il a commencé à ressentir des douleurs tardives après le repas, vers quatre heures de l'après-midi. Cette douleur persiste jusqu'au moment où le malade perçoit un bruit de glou-glou qui le soulage. Il ne souffre pas la nuit. Cependant, cette douleur, au lieu d'avoir certaine rémission, comme avant son opération, est maintenant plus chronique, mais aussi moins intense, à peu près supportable. Pas de vomissements, un seul il y a trois semaines, n'ayant pas paru hémétique, au dire du malade. Pas de mélæna.

Intervention (13 mars 1929). — Anesthésie au balzoforme. Laparotomie. On trouve un rétrécissement du duodénum sur le versant du pylore. En amont de celui-ci, ulcère saignant sur la petite courbure, au ras du pylore. Adhérences très serrées entre le foie, le pylore, le duodénum, la vésicule et le pancréas.

Gastro-pylorectomie.

Pièce anatomique. — On trouve un ulcère gros, d'un demi-centimètre, avec bords indurés. Petits vaisseaux au fond.

Histologie. — Ulcère assez profond, ayant mis à mal muqueuse, sous-muqueuse et musculuse. Pas d'évolution maligne; un peu d'adénomatose en un point.

Suites. — Normales.

OBSERVATION VII.

V... (B.), homme, 38 ans. Syndrome typique d'ulcère de la petite courbure.

Interventions :

17 janvier 1930 : Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie. On trouve l'estomac adhérent au foie, complètement fusionné avec la face antérieure de la petite courbure. On constate aussi que, vers l'arrière-cavité des épiploons, il y a des adhérences au niveau du pancréas.

Résection du mésocôlon, et on constate un ulcère en selle de la petite courbure.

Gastro-entérostomie très à gauche pour préparer un deuxième temps, qui a lieu le 14 mars 1930.

14 mars 1930. — Ether. Adhérence intime de l'estomac au foie. On arrive péniblement à isoler l'estomac en amont et en aval de l'ulcère, qui a les dimensions d'une pièce de 5 francs et dont le fond est formé par le foie et le pancréas.

Résection en gouttière de la petite courbure. Le fond de l'ulcère, laissé en place, est badigeonné à l'iode. Suture de l'estomac au gastergut et au fil de lin.

Suites. — Fistule duodénale fermée spontanément en douze jours. Guérison parfaite.

OBSERVATION VIII.

C... (J.), homme, 51 ans. Entre avec le diagnostic de cancer probable du pylore.

Il souffrait, en effet, quatre à cinq heures après l'ingestion d'aliments, de douleurs situées un peu à gauche de la région ombilicale, à type de tiraillements, et l'obligeant à suspendre tout travail. Ces douleurs s'accompagnaient de vomissements alimentaires et bilieux qui les soulageaient. N'aurait jamais eu d'hématémèse ni de mélæna. Puis des phénomènes gastro-intestinaux sont apparus six semaines avant son entrée à l'hôpital, consistant en selles plus nombreuses que de coutume (trois à quatre fois par jour). Rien d'anormal dans ces selles. Amaigrissement de 5 kilos. Perte d'appétit, mais pas de dégoût électif. L'examen chimique décèle de l'anachlorhydrie.

Interventions (24 janvier 1930). — Anesthésie générale à l'éther; laparotomie. On trouve une cicatrice étoilée blanchâtre au niveau du pylore, avec sténose du pylore. L'appendice est sain.

Gastro-entérostomie simple.

Suites. — Guérison opératoire.

3 juillet 1931 : L'ulcère évoluant malgré la gastro-entérostomie, on pratique une deuxième intervention. Anesthésie générale à l'éther. On trouve un ulcus prépylorique avec sténose. L'ulcère siège sur le bord supérieur de la petite courbure.

Gastro-pyloréctomie. Bilioth-II.

Suites. — Normales. Guérison.

OBSERVATION IX.

C... (F.), homme, 38 ans. Diagnostic préopératoire : néo probable de l'estomac.

Interventions :

29 janvier 1930 : Anesthésie générale à l'éther, laparotomie. On trouve un ulcus du pyloré, avec masse inflammatoire du volume du poing, remontant assez haut sur la petite courbure, et ayant

envahi le pancréas et la région cœliaque. Œdème et gros ganglions. Diagnostic post-opératoire : ulcère aigu de la petite courbure prépylorique, perforé, bouché par le pancréas.

Gastro-entérostomie en amont.

12 mars 1930 : Anesthésie générale à l'éther. L'ulcère présente, au lieu d'une tumeur du volume du poing, une cicatrice déprimée en entonnoir, fusionnant l'estomac et le duodénum avec le pancréas.

Pylorectomie de gauche à droite.

Suites. — Normales. Guérison parfaite.

OBSERVATION X.

X..., homme, 31 ans. Ulcère du tiers inférieur de la petite courbure.

Interventions :

Juin 1929 : Gastro-entérostomie.

Janvier 1930 : Douleurs et mélæna.

10 février 1930 : Gastro-pylorectomie. On trouve un ulcère en évolution au niveau de la petite courbure.

Suites. — Guérison. Revu dernièrement, très bien.

OBSERVATION XI.

P... (A.), homme, 45 ans. Ulcère de la petite courbure, perforé, bouché par le foie.

Malade ayant un long passé gastrique d'ulcère de la petite courbure, dont le début remonte à 1916. Depuis un an et demi, douleurs continues, amaigrissement de 25 kilos.

Interventions :

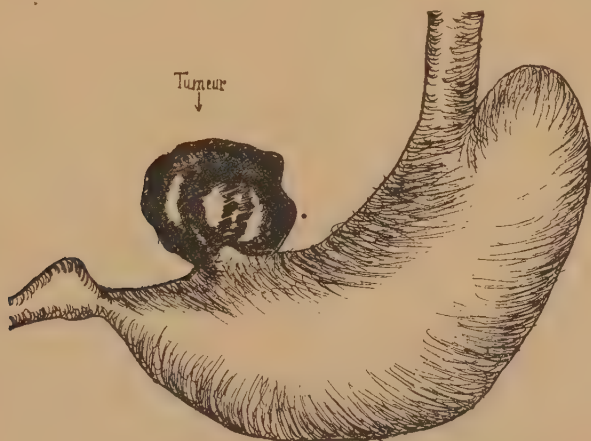
30 avril 1931 : Anesthésie à l'éther. On trouve un énorme ulcère du tiers moyen de la petite courbure, du volume d'une belle pomme, pénétrant dans le foie. On fait une gastro-entérostomie marginale sur la grande courbure, très laborieuse.

20 mai 1931 : A engraisé, ne souffre plus.

2 juillet 1931 : Le malade ayant engraisé, on réintervient. On

trouve alors une amélioration des phénomènes inflammatoires; on constate que le volume de l'ulcère a rétrocedé de moitié.

On fait une résection en gouttière longitudinale de la petite courbure et de l'estomac, de telle sorte qu'en aval de la gastro-entérostomie il n'existe plus qu'une espèce de canal du volume du pouce.



La lésion enlevée laisse dans le foie gauche une cavité grosse comme un abricot.

Suites. — Trois mois après, le malade revient, se plaignant de douleurs. Radio : dilatation du canal en aval de la gastro-entérostomie.

22 octobre 1931 : Pylorctomie. Sérum Clin pendant l'opération.

Suites. — Guérison.

OBSERVATION XII.

M..., homme, 58 ans. Ulcus en selle de la petite courbure. Union du tiers moyen et du tiers inférieur. Gros ganglion dans le plexus coélique. Adhérence du pylore et de la vésicule; périgastrite.

Interventions :

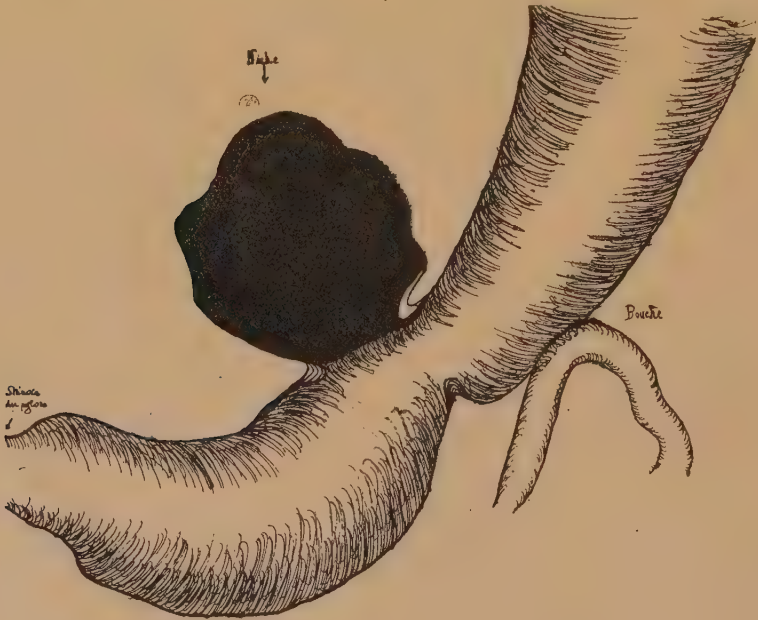
2 mai 1931 : Anesthésie à l'éther. Gastro-entérostomie à gauche, en amont de l'ulcère.

18 mai 1931 : Gastro-pylorectomie. Sérum Clin pendant l'opération. L'ulcère pénètre dans le pancréas. Cependant, sous l'influence de la gastro-entérostomie, grosse amélioration; diminution de l'œdème gastrique et des phénomènes inflammatoires.

Suites. — Normales.

OBSERVATION XIII.

G..., homme, 59 ans. Ulcus géant de la petite courbure. Présente un énorme ulcus perforé, bouché par le pancréas; l'estomac est adhérent au foie, au mésocôlon, rétracté; ébauche d'estomac biloculaire.



Interventions :

21 mai 1931 : Gastro-entérostomie transmésocolique marginale en aval de l'ulcère.

20 juin 1931 : Gastro-pylorectomie. Sérum Clin pendant l'opération. Ulcère perforé, bouché par le pancréas. On sépare l'estomac

du pancréas, du mésocôlon; le fond de l'ulcère a les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Suites. — Normales.

OBSERVATION XIV.

B..., homme, 43 ans. Signes d'ulcère de la petite courbure depuis 14 ans. Plus d'accalmie depuis quatorze mois. Faiblesse, état syn-copal, amaigrissement, teint jaune paille.

Interventions :

9 juillet 1931 : Ether. Volumineux ulcère du tiers moyen, adhé-rent au foie et au pancréas. Estomac épaissi et congestionné.

Gastro-entérostomie à gauche et en amont.

10 août 1931 : A engraisé de 4 kilos, ne souffre plus. Ether. Gastro-pylorectomie haute au ras du bord droit de l'œsophage, à la limite de l'ulcère et de la bouche de gastro-entérostomie. Le fond de l'ulcère laisse une plaie en avant sur le foie gauche, en arrière sur le pancréas. Sérum Clin pendant l'opération.

Suites. — Normales. Revu en avril 1932, a engraisé de 35 kilos.

OBSERVATION XV.

B..., femme, 54 ans. Très volumineux ulcère du tiers moyen de la petite courbure, perforé, bouché par le foie et le pancréas.

Interventions :

8 octobre 1931 : Gastro-entérostomie à gauche de l'ulcère.

10 novembre 1931 : Gastro-pylorectomie très difficile au ras de la lésion ulcéreuse, qui a considérablement diminué de volume. Il reste une cavité du volume d'une demi-paume de main dans le mésocôlon et le pancréas. Thermocautère et teinture d'iode. Sérum Clin.

Suites. — Normales.

OBSERVATION XVI.

P..., homme, 42 ans. Volumineux ulcère du tiers supérieur de la petite courbure, perforé, bouché par le pancréas. Vascularisa-tion intense, œdème et inflammation de l'estomac.

Interventions :

8 mars 1932 : Anesthésie à l'éther. Gastro-entérostomie très haute, à gauche; exclusion du pylore au crin.

31 mars 1932 : Ether; ulcus calleux, estomac œdémateux, mais avec régression considérable. Deux anses intestinales incluses dans la paroi et adhérentes à la peau sont sectionnées au cours de la laparotomie.

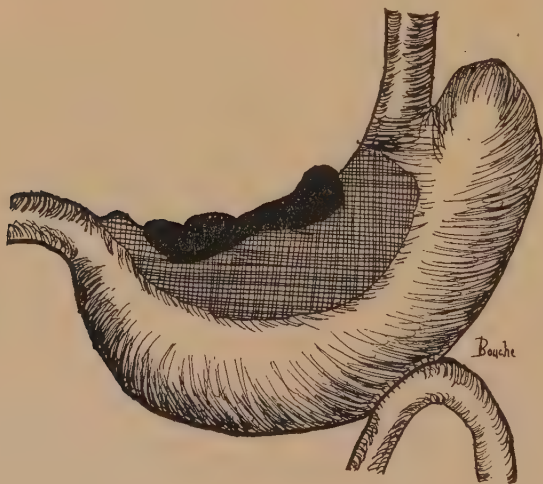
Gastro-pyloréctomie.

Suites. — Normales.

OBSERVATION XVII.

R... (J.), homme, 56 ans. Ulcère calleux de la petite courbure.

Intervention (11 décembre 1931). — Anesthésie locale à la butel-line, anesthésie des splanchniques, du plexus mésentérique. Laparotomie.



On trouve un ulcère calleux en selle de la petite courbure (tiers inférieur), de la dimension d'une paume de main, à parois de 3 à 4 centimètres, avec sténose du pylore.

Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

Suites. — Complications pulmonaires, bronchite généralisée (pneumo, spirilles, diphtérimorphe). Hémorragie interne.

27 janvier 1932 : Anesthésie épidurale au niveau de D. 4. Anesthésie au bout d'un quart d'heure, s'étendant de 2 centimètres au-dessus du mamelon jusqu'au niveau des orteils. Laparotomie médiane. L'ulcus a sensiblement diminué de volume, mais on sent toujours un cratère à cheval sur la petite courbure, bouché par le pancréas en arrière.

Gastro-pylorectomie.

Suites. — Guérison parfaite. Revu le 10 novembre 1932.

OBSERVATION XVIII.

M... (R.), homme, 36 ans. Ulcère de la petite courbure, perforé, bouché par le pancréas. Fausse image biloculaire.

Interventions :

24 février 1932 : Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie. On trouve une périgastrite, avec fusion de l'épiploon et du côlon transverse à la paroi, fusion de l'estomac avec le foie et le duodénum. L'ulcère calleux est perforé, bouché par le pancréas, et du volume d'un abricot.

Gastro-entérostomie et exclusion du pylore au crin.

1932 : Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie. Les adhérences avec le foie sont en partie résorbées. L'ulcère, qui était du volume d'un abricot, n'est plus perceptible à la palpation. L'estomac est induré et adhérent en arrière.

Gastrectomie partielle laissant le pylore en place après ablation du crin. La séparation du pancréas est très difficile; on en laisse un fragment adhérent à l'estomac.

Pièce anatomique. — Sur la pièce enlevée, l'ulcère paraît cicatrisé, mais toute la muqueuse gastrique est rouge, violacée, œdémateuse et végétante.

Suites. — Normales.

OBSERVATION XIX.

P..., homme. Ulcus de la petite courbure, opéré trois ans auparavant par gastro-entérostomie. Cessation complète des douleurs jusqu'en novembre 1930. A partir de ce moment, reprise des douleurs, avec hyperacidité.

Intervention (31 mars 1932). — Anesthésie générale à l'éther.
Gastro-pylorectomie. Bilroth-II. Fermeture en un plan au fil de bronze.

Suites. — Excellentes.

OBSERVATION XX.

P..., homme. Syndrome d'ulcère de la petite courbure

Interventions :

4 mars 1932 : Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie. On trouve un ulcère de la petite courbure des dimensions d'une pièce de 5 francs, perforé, bouché par l'épiploon. Sténose du pylore par périgastrite. Estomac très volumineux, oedémateux, très vascularisé.

Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

Suites. — Très bonnes.

13 avril 1932 : Ether. On découvre les vestiges d'un ulcère pré-pylorique. L'ulcère de la petite courbure, lui, semble avoir fondu. Les parois gastriques sont souples, non indurées.

Gastro-pylorectomie, Bilroth-II.

Pièce anatomique. — Cicatrice ombiliquée dont les rayons partent du centre de la cicatrice.

Suites. — Bonnes, malgré une désunion partielle de la cicatrice, avec suppuration. Guérison.

OBSERVATION XXI (rapportée.)

(Obs. V de la thèse de FAHIM.)

Femme, 44 ans. Entre dans le service de M. Delore le 19 octobre 1918. A vu le Docteur Bouveret en juin 1918, qui a posé le diagnostic de sténose pylorique d'origine cicatricielle. Vomit depuis deux mois d'une façon irrégulière; sténose pylorique certaine, avec clapotage et tension. On sent au niveau du pylore une petite tumeur mobile, de consistance peu dure : on pense à un ulcère.

Interventions :

Laparotomie sus-ombilicale. On tombe sur un estomac très épais, distendu. Il existe, en effet, un gros ulcère calleux sur la

partie inférieure de la petite courbure, le pylore et la première portion du duodénum, adhérent en arrière au mésocôlon et au pancréas. Il possède une telle mobilité qu'on peut extérioriser la masse ulcéreuse. Dans ces conditions, un deuxième temps opératoire est indiqué. On fait une *gastro-entérostomie* postérieure trans-mésocolique au bouton.

16 janvier 1919 : Il s'agit d'un ulcère de la petite courbure à sa partie moyenne ayant provoqué une biloculation gastrique assez serrée. Cet ulcère paraît même en voie de cicatrisation. On fait la résection de la poche inférieure et on enlève l'ulcère cause de la biloculation. Fermeture des tranches gastrique et duodénale en trois plans au catgut.

Pièce anatomique. — A l'examen, le pylore n'est pas rétréci, quoique la poche inférieure soit dilatée. Au niveau de la petite courbure, il y a deux ulcères : l'inférieur cicatrisé, le supérieur encore en évolution.

Suites. — La malade est sortie guérie le 13 février 1919.

OBSERVATION XXII (rapportée.)

(Obs. XXXII de la thèse de FELHMAN.)

Estomac biloculaire pour ulcère médiogastrique. Le malade souffre depuis longtemps deux heures après les repas, et surtout depuis un an.

Pas de vomissements ni d'amaigrissement.

Petite tumeur dans le creux épigastrique, mobile avec les mouvements respiratoires.

Interventions :

14 janvier 1919 : Laparotomie sus-ombilicale; énorme ulcère de la petite courbure, adhérent au pancréas, biloculation, avec poche pylorique plus grande que la poche cardiaque.

Gastro-entérostomie postérieure et transmésocolique au bouton.

30 janvier 1919 : Exérèse difficile; ulcère de la largeur d'une pièce de 5 francs, adhérent intimement au pancréas et à l'épiploon.

Pendant l'opération, hémorragie persistante qui dura un quart

d'heure. Nécessité d'enlever la poche inférieure et l'orifice de gastro-entérostomie.

Procédé Bilioth-II.

Gastro-entérostomie à la suture.

Shock opératoire. Sérum.

Suites :

12 février 1920 : Ablation des fils.

12 mars 1920 : Sort guéri.

OBSERVATION XXIII (rapportée.)

(Obs. XXXIV de la thèse de FELHMAN.)

Homme, 45 ans. Ulcère calleux de la petite courbure, avec distension gastrique et état très grave de dénutrition.

Entre pour troubles digestifs, dont le début remonte à huit ans. Depuis lors, l'évolution s'est faite par périodes. Actuellement, douleur intense, estomac dilaté, clapotis.

Radio : estomac très abaissé, avec bas-fond dilaté; ondulations rares et très faibles.

Interventions :

3 mai 1919 : Ulcère calleux de la petite courbure, gastro-entérostomie antérieure.

17 mai 1919 : Gastrectomie. Procédé Bilioth-II.

Suites. — Guérison sans incident. Bonnes nouvelles deux mois après.

OBSERVATION XXIV (rapportée.)

(Obs. XXXVI de la thèse de FELHMAN.)

Ulcère prépylorique ayant rongé une partie de la petite courbure. Sténose.

Interventions :

4 juin 1919 : Laparotomie sus-ombilicale. Ulcère calleux étoilé, adhérent en arrière au mésocôlon et à la tête du pancréas. Pas de ganglions. Estomac très dilaté, non épaissi.

Gastro-entérostomie postérieure.

18 juin : Aucun trouble.

19 juin 1919 : Gastro-pylorectomie large. L'ulcère était cicatrisé et avait rongé une partie de la petite courbure.

Procédé Bilroth-II.

Histologie. — Ulcère calleux simple.

Suites. — Bénignes. Le 10 juillet, excellent état général. Guérison complète.

II. — Bons résultats de gastro-entérostomies. Ulcères cancérisés.

OBSERVATIONS DU SERVICE DE M. LE DOCTEUR LEFÈVRE.

OBSERVATION XXV.

M..., homme, 46 ans. Syndrome d'ulcère de la petite courbure depuis cinq ans.

Intervention (16 avril 1926). — Anesthésie au chloroforme. On trouve un ulcère de la petite courbure, perforé, bouché par le foie.

Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

Suites :

26 juin 1926 : A engraisé de 5 kilos, bon appétit, pas de dégoût électif.

Novembre 1926 : A pris encore 3 kilos; de plus, mange avec appétit.

Il y a deux mois, hématomèse et mélæna. Depuis quinze jours, douleurs violentes et hématomèse.

29 avril 1927 : Chloroforme. Masse énorme de la petite courbure, bouchée par le foie et adhérente partout, du volume de deux poings réunis.

Rien à faire.

Biopsie : Épithélioma.

OBSERVATION XXVI.

P... (J.), homme, 30 ans. Syndrome d'ulcère de la petite courbure.

Interventions :

30 novembre 1927 : Anesthésie au chloroforme. On trouve un estomac dilaté, avec une tumeur de la grosseur d'un abricot, régulière, empiétant sur la petite courbure et sténosant le pylore.

On trouve des adhérences épiploïques et des vestiges de vieille périgastrite. Est-ce un néoplasme ou un ulcère calleux? Prélèvement d'un ganglion.

Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

4 janvier 1928 : Anesthésie au chloroforme. On trouve que la tumeur a complètement disparu. Il reste des traces d'un ulcère cicatrisé pyloro-duodénal, avec sténose, sans induration marquée.

Résultat. — La gastro-entérostomie première a donc eu un effet heureux sur les phénomènes inflammatoires qui accompagnaient cette masse pseudo-néoplasique.

OBSERVATION XXVII.

L... (G.), homme, 36 ans. Le malade a commencé à souffrir il y a deux ans. Jusque-là, très bien portant; il se plaint bientôt de douleurs tardives après les repas, principalement le repas de midi, vers 4 heures de l'après-midi. Ces douleurs ne sont pas très intenses; c'est plutôt une sensation de pesanteur, un peu au-dessous du creux épigastrique, et c'est aussi une douleur qui s'irradie vers l'omoplate droite et dans les lombes, en même temps qu'il y a sécrétion d'un liquide clair dans la bouche, avec besoin d'éruption. Cette douleur se calme ou bien par le repos, ou bien par l'ingestion d'une petite quantité d'aliments. Aucune crise douloureuse pendant la nuit, ni le matin au réveil. Aucune crise de salivation. Pas de vomissements. Selles ayant simplement foncé de couleur. Période de latence pendant six mois, grâce à un traitement médical, mais bientôt les douleurs réapparaissent, affectant le même type. Etat général mauvais. Amaigrissement de 12 kilos depuis deux ans.

Intervention (12 mai 1929). — Anesthésie à l'éther. Laparotomie. Très gros ulcère enflammé de la petite courbure.

Gastro-entérostomie haute.

Exclusion du pylore au crin.

Suites. — Mort par gangrène pulmonaire le cinquième jour.

OBSERVATION XXVIII.

Y..., homme, 62 ans. Ulcère de la petite courbure, perforé, bouché par le foie. Syndrome d'ulcère depuis quatorze ans. Grosse anémie (2.500.000 globules rouges).

Intervention (16 avril 1930). — Anesthésie à l'éther. Laparotomie. Enorme ulcère calleux pénétrant dans le foie.

Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

Suites. — Va bien jusqu'en juillet 1931; depuis, souffre dès qu'il a mangé.

Revu le 30 octobre 1931. Masse énorme, bosselée, au niveau de l'épigastre; foie irrégulier, très augmenté de volume.

Meurt en décembre 1931.

Histologie. — Ulcère dégénéré.

OBSERVATION XXIX.

C... (J.), homme, 53 ans. Le malade entre à l'hôpital parce qu'il souffre de l'estomac. Le début de ses troubles remonte à 1917. Le malade est alors venu dans le service de M. le Docteur Lefèvre en 1927 pour une sténose du cardia et fut traité par une œsophagoplastie externe. A la suite de cette opération, l'état du malade s'est amélioré, mais les douleurs ont persisté. Ces douleurs sont à peu près constantes, mais elles sont quand même plus marquées après les repas (un quart d'heure). Elles sont exagérées par la position debout. Enfin le malade présente des périodes plus particulièrement douloureuses toutes les trois semaines environ. La douleur siège au niveau de l'hypocondre gauche et présente des irradiations en ceinture et dans le dos. Des renvois aigres et parfois des vomissements calment ces douleurs. Les crises s'accompagnent de salivation abondante, souvent même le patient aurait noté que ses selles

étaient « noires comme du charbon ». De plus, elles sont souvent accompagnées d'émission de sang rouge. Amaigrissement de 9 kilos depuis deux ans.

Intervention (21 mai 1930). — Ether, laparotomie. On trouve un ulcère de la petite courbure, dégénéré, ayant envahi toute cette région.

Gastro-entérostomie.

Suites. — Simples : le malade mange, digère et engraisse. Exeat le 17 juin 1930.

OBSERVATION XXX.

B... (B.), homme, 53 ans. Souffre depuis quinze ans de douleurs siégeant au creux épigastrique, à type de tiraillements, survenant deux heures après les repas et de courte durée. A ce moment, le malade « sentait venir des glaires dans sa bouche »; il crachait, et la douleur disparaissait. Ses crises alternaient avec des rémissions de huit à quinze jours, et même quelquefois plus, puis cette périodicité a fait place à une douleur continue, de plus en plus violente (juin 1929), mais toujours suivant les mêmes types. Jamais de vomissements alimentaires ou bilieux, ni de mélæna, ni de diarrhée. Mauvais état général, amaigrissement sensible (a perdu 10 kilos de juin 1929 à novembre 1930). A l'examen, on note simplement une contracture de la paroi au niveau du creux épigastrique.

Intervention (3 décembre 1930). — Anesthésie locale à la butel-line; anesthésie des splanchniques et du plexus mésentérique. On trouve un ulcère de la petite courbure, perforé, bouché par le foie. Excision de l'ulcère après séparation du foie de l'estomac.

Gastro-entérostomie. Un drain et fermeture.

Suites. — Quatrième jour, ablation du drain; cinquième jour, température à 38; la base droite est obscure et mate. On lui fait de la révulsion et on pratique des injections sous-cutanées de vaccin Clin antistreptococcique. Les râles apparaissent, et au septième jour on note la chute de la température; expectoration abondante (cocci à Gram positif).

Janvier 1932 : Réopéré pour néoplasme du foie avec ascite sanglante.

OBSERVATION XXXI.

B..., homme, 36 ans. Ulcère de la petite courbure, perforé, bouché par le pancréas; estomac rouge et œdémateux.

Intervention (14 mars 1932). — Anesthésie épidurale, terminée par une anesthésie à l'éther.

On fait une gastro-entérostomie en aval, pensant l'opérer en deux temps.

Le malade ne souffrant plus, ayant engraisé de 13 livres, refuse la deuxième intervention.

Suites. — Revu en octobre 1932, se porte jusqu'à présent à merveille.

OBSERVATION XXXII.

B..., homme, 42 ans. Ulcère de la petite courbure, entre à la maison de santé en période aiguë.

Douleurs atroces, défense musculaire, température, congestion pulmonaire double.

On fait le diagnostic de perforation couverte de l'estomac, et on surseoit à l'opération.

Intervention (4 avril 1932). — Les phénomènes pulmonaires étant calmés, on pratique une anesthésie péridurale. Le foie est adhérent à la paroi, l'estomac adhère au foie, au mésocôlon et au pancréas, si bien qu'il ne peut être abordé qu'en une portion très limitée de la grande courbure.

Gastro-entérostomie.

Suites. — Revu en novembre 1932, le malade a engraisé de 4 kilos, et la radio ne montre rien d'anormal.

OBSERVATION XXXIII.

B..., homme, 58 ans. Opéré il y a quatre ans (26 janvier 1926) à l'Hôpital Saint-André pour ulcère calleux de la petite courbure, perforé, bouché par le pancréas. Estomac très enflammé.

Suites. — Normales. Le malade va très bien pendant quatre ans

Mais, depuis le mois de mars 1932, il souffre dès qu'il a mangé, vomit tout ce qu'il prend; amaigrissement considérable. Etat cachectique et syncopal.

Entré à Bagatelle. Traité par sérum sous-cutané et goutte à goutte rectal, glucosé.

Intervention (28 juillet 1932). — Anesthésie à l'éther. Laparotomie. L'ulcère a dégénéré et le cancer a envahi tout l'estomac, la région de l'antré, le pylore et la bouche.

On pratique une gastro-entérostomie au-dessus de la précédente.

Suites. — Normales, mais bientôt mort par cachexie (20 août 1932).

Examen histologique. — Epithélioma.

En résumé, nous rapportons : 24 observations (obs. I à XXIV) d'opération en deux temps pleinement réussie; une 25^e dans laquelle le malade est mort le cinquième jour après la première intervention (obs. XXVII); 5 observations de néoplasmes succédant à un ulcus calleux (obs. XXV, XXVIII, XXIX, XXX, XXXIII); 3 observations prises pour types de guérison après gastro-entérostomie (obs. XXVI, XXXI, XXXII).

Le pourcentage de mortalité de l'opération en deux temps est donc de 4 p. 100.

PREMIERE PARTIE

COMMENT SE PRESENTE AU CHIRURGIEN L'ULCERE CALLEUX DE LA PETITE COURBURE ?

Il se présentera :

1° Anatomiquement, avec sa callosité formant une tumeur rétractée, qui englobe une partie plus ou moins étendue de la petite courbure, en créant une masse d'un volume variable et adhérant largement ou non aux organes voisins.

2° Cliniquement, par son caractère propre de chronicité, c'est-à-dire par le fait qu'il reste rebelle au traitement médical.

Il nous faudra donc maintenant étudier les différentes modalités de ces ulcères.

a) ULCÈRE CALLEUX NON ADHÉRENT.

C'est un ulcère devenu chronique. A la laparotomie, l'estomac a gardé sa forme habituelle; ce qui frappe, c'est la disposition du petit épiploon, infiltré, coiffant la petite courbure et adhérant souvent au point qui correspond à l'ulcération. En palpant ce point, on sent un épaississement, et invaginant la paroi on peut percevoir avec l'extrémité du doigt la petite cupule que forme l'ulcération du côté de la cavité gastrique. Les dimensions de cet ulcère varient de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 5 francs. Ses contours réguliers sont devenus anguleux ou sinueux. Les bords de la lésion sont caractéristiques : saillants et boursoufflés, ils ont une consistance squirrheuse; la

muqueuse qui les recouvre, épaisse et lisse, s'inverse constamment vers la cavité de l'ulcère, en même temps qu'autour de la plaie la surface de l'estomac affecte une disposition plissée, et même rayonnée. Les parois de la cavité ulcéreuse sont régulières et indurées. La perte de substance, très excavée, est limitée par un fond régulier scléreux (il est commun d'y voir faire saillie un ou plusieurs vaisseaux, soit thrombosés, soit perméables, et maintes fois perforés). L'épaississement énorme des couches conjonctives de l'estomac, la profondeur de la perte de substance et la rigidité de ces parois justifient le terme de calleux.

b) ULCÈRE CALLEUX ADHÉRENT.

Extérieurement, l'ulcère se traduit par une tumeur plus ou moins volumineuse. Quand l'infiltration s'étend à une portion des deux faces de l'estomac, la lésion porte le nom d'ulcère en selle; circonscrivant les deux faces, l'ulcère est dit annulaire ou médiogastrique.

La surface péritonéale de la tumeur est souvent irrégulière, bosselée, blanchâtre, avec piqueté rouge ou jaune œdémateux. La déformation est augmentée par les adhérences, qui sont tantôt lamelleuses et minces, tantôt solides et dures, fixant l'estomac au foie, aux voies biliaires, au pancréas, au duodénum. Les ganglions, proprement inflammatoires dans l'ulcère, sont mous, rouges, mobiles, et s'opposent aux ganglions petits, durs et blancs du néo. On les trouve au niveau de la petite courbure et dans les régions suivantes, où ils se répartissent en différents groupes qu'il faudra toujours rechercher; ce seront les groupes des vaisseaux : 1° coronaires; 2° spléniques; 3° hépatiques, ceux-ci se divisant en groupes de l'artère épiploïque droite, groupe rétropylorique et groupe sous-pylorique, ces deux dernières localisations s'expliquant peut-être par les petites ulcérations juxtapyloriques constatées par Weiss et Hamant dans les ulcères calleux de la petite courbure. Et s'il en était toujours

ainsi, l'adénopathie sous et rétropylorique serait une indication à pratiquer soit la résection de la portion stomacale sous-jacente à l'ulcère, soit au moins l'exclusion du pylore.

Examiné par sa face muqueuse, l'ulcère offre les caractères suivants : bourrelets annulaires, quelquefois ovalaires, de même hauteur partout, ou moins élevé du côté du pylore (Michaud), dur comme du cartilage; dépression profonde de 2 à 3 centimètres bordée par la muqueuse stomacale froncée, et dont le fond lisse est arrondi ou ovalaire à grand axe dirigé dans le sens de la petite courbure.

La présence de ces ulcères adhérents entraîne toujours des phénomènes anatomiques décrits sous le nom de périgastrite. Elle consiste en adhérences celluleuses et minces, ou fibreuses et très épaisses, créant alors un obstacle assez sérieux à la mobilisation de l'estomac et, par suite, une complication réelle pour les gastro-entérostomies ou gastrectomies qu'on exécute. Ces adhérences se font avec tous les organes voisins et de préférence avec le pancréas. L'épiploon et les régions périulcéreuses de l'estomac sont le siège d'un œdème jaunâtre avec piqueté hémorragique, grosses veines turgescents et presque thrombosées, en un mot tous les caractères vus précédemment. Du côté de la muqueuse, nous notons une gastrite parenchymateuse qui vient encore augmenter les troubles apportés par ces ulcères. Elle s'accompagne souvent de petites ulcérations multiples siégeant soit autour de la lésion principale, soit loin d'elle (par exemple sur l'antrum pylorique).

c) ULCÈRE CALLEUX TÉRÉBRANT.

Les complications de l'ulcère sont fréquentes et anatomiques. La perforation est rarement ouverte, libre, en cas d'ulcère calleux. On observe beaucoup plus souvent la perforation, fermée et isolée, cause d'adhérences périphériques et d'abcès localisés ou étendus aux régions sous-hépatique et sous-phrénique. La perforation peut être fermée par un

organe voisin dans lequel l'ulcère pénètre; il est dit alors pénétrant, ou térébrant. La pénétration se fait dans le petit épiploon, dans le ligament suspenseur du foie, dans la paroi abdominale, qui peut être tout entière traversée, dans le pancréas, dans le foie, dont les parties les plus fréquemment envahies sont le lobe de Spiegel et la face inférieure du lobe gauche.

ULCÈRE GÉANT.

Il présente, poussées au maximum, les différentes modalités ci-dessus décrites, nous n'y reviendrons donc pas. Il mérite son nom par le fait qu'il occupe la presque totalité de l'estomac en adhérant ou non aux organes voisins. Ces ulcères calleux de la petite courbure peuvent s'accompagner :

- 1° de sténoses du pylore;
- 2° de sténoses médiogastriques;
- 3° de sténoses du cardia, si les ulcères sont haut placés sur la petite courbure.

Nous n'envisagerons pas ici l'étude de ces différentes complications, qui offrent chacune leurs indications opératoires propres, puisque dans ce travail nous nous bornons à vouloir préciser les indications de la gastro-pyloréctomie en deux temps dans le cadre restreint des ulcères calleux de la petite courbure.

Ces ulcères sont fréquemment infectés par des germes variables. Celui que l'on trouve le plus ordinairement est le streptocoque. Comment peut-on savoir qu'ils sont dans une période inflammatoire. Macroscopiquement, le chirurgien s'en rendra compte à ce que l'estomac sera plus rouge, l'œdème plus marqué, la vascularisation plus intense, en un mot en une véritable lymphangite; d'autres fois, les phénomènes sont moindres, mais cependant l'infection existe; enfin, dans d'autres cas, l'infection est totalement absente et les prélèvements ne présentent aucun germe. De prime

abord, on peut donc dire qu'un ulcère avec œdème et hyper-vascularisation offre plus de chances d'être infecté qu'un ulcère scléreux et sans œdème. Ces phénomènes septiques existent également dans les tissus périulcéreux et même dans les régions avoisinantes, puisque les prélèvements d'épéploon, d'adhérences, ont montré un ensemencement positif. Tous ces caractères inflammatoires augmentent encore le danger des manipulations dans une telle région.

Nous avons été frappé par ce fait, et nous nous sommes demandé s'il ne faudrait pas savoir à quoi s'en tenir sur la septicité de vieilles lésions et sur la virulence d'autres en apparence bénignes, macroscopiquement du moins, en réalité quand même très dangereuses soit pas la virulence de leurs éléments microbiens, soit encore que, lésions jeunes, l'organisme ne soit pas auto-vacciné.

De tels cas doivent attirer l'attention des chirurgiens et les amener à considérer l'ulcère sous l'angle très défavorable, pouvons-nous dire, de l'infection. Les praticiens lui sont redevables de ces gangrènes pulmonaires rapides emportant brusquement les malades, et dont l'origine doit se trouver dans des embolies septiques ayant leur point de départ dans les foyers ulcéreux ou périulcéreux, et dont la propagation se fait au cours de manipulations difficiles sur une région enflammée, hypervascularisée (avec des vaisseaux nous l'avons vu soit néoformés, soit perméables, saignant facilement et abondamment [Cf. obs.]).

Enfin, avec un milieu septique comme celui de l'estomac, auquel on abouche un intestin encore plus septique, l'infection couve, et avec une virulence telle qu'il nous est permis de redouter toutes les complications septicémiques possibles et imaginables; d'où la nécessité de multiplier des hémocultures de contrôle, les examens cytologiques du sang nous montrant fréquemment une lymphocytose associée à une polynucléose, nous fournissant ainsi une preuve certaine de l'importance de l'infection au cours d'ulcères.

Ici trouvent leur indication les différentes méthodes de vac-

cination ayant pour but de diminuer l'état inflammatoire et de ramener la formule sanguine à la normale.

Nous ne voulons pas nous étendre sur ce sujet si intéressant, et nous renvoyons à la thèse de notre camarade le Docteur Boiron (Bordeaux, 1932), qui, par de nombreuses expériences, a mis en lumière l'agent pathogène causal de ces infections et le moyen de les prévenir.

En résumé, nous pouvons supposer déjà, tout comme pour les néoplasmes de l'intestin, le danger que présenterait l'ablation d'un ulcère calleux non adhérent, mais enflammé. Le danger sera aussi grand pour un ulcère calleux adhérent, mais non enflammé, qui entraînerait par une gastro-pylorectomie en un temps des délabrements par trop étendus.

DEUXIÈME PARTIE

QUELLES ONT ÉTÉ LES INTERVENTIONS PROPOSÉES ?

Comme les ulcères chroniques de la petite courbure sont parmi ceux des ulcères gastriques qui résistent le plus au traitement médical, l'indication opératoire se trouve fréquemment posée, et le choix de l'intervention va nous être indiqué par la nature même de la lésion que nous avons sous les yeux. A quelle méthode convient-il de recourir ?

Dérivation simple ou excision de l'ulcère avec ou sans gastro-entérostomie ou enfin gastrectomie large ?

Il ne faut pas nous hâter de résoudre ce problème *a priori* en considérant l'une des opérations comme palliative, l'autre comme radicale, mais bien plutôt considérer la valeur de ces facteurs aux deux points de vue suivants :

- 1° Gravité immédiate des deux méthodes thérapeutiques ;
- 2° Qualité de la guérison obtenue.

A. — Intervention conservatrice ou indirecte.

Elle consiste en une gastro-entérostomie, qui est une opération simple, d'exécution facile et rapide, et qui présente en outre de nombreux avantages. A savoir :

- De mettre l'estomac au repos ;
- De désinfecter l'ulcère, d'où son influence sur la septicité de cette lésion et des complications qu'elle peut entraîner ;
- De réduire la tumeur de volume ;
- De diminuer l'œdème ;
- En un mot de diminuer l'inflammation.

Dans les observations que nous rapportons, on a pu voir que cette seule opération peut suffire, tant et si bien que des malades en ayant retiré un tel bénéfice ont pu refuser la deuxième intervention (Cf. Obs.).

Il en est qui guérissent parfaitement après une simple gastro-entérostomie, mais d'autres malades ne sont guéris que pour un temps plus ou moins long.

Combien de temps durera cette guérison parfaite? Peut-être un, deux, trois ans, comme dans une de nos observations, puis le malade recommencera à souffrir, et à l'opération on trouvera une masse calleuse dégénérée ayant déjà essaimé aux environs, inextirpable, qui, dans les cas les plus graves, coûtera la vie au malade. Dans une deuxième catégorie, on peut classer les opérés qui ont tiré un bénéfice de l'opération en ce qu'il ne leur reste, au lieu de troubles cliniques considérables, que de légers troubles gastriques et, plus particulièrement, une sensation de pesanteur post-prandiale. Une troisième catégorie peut comprendre les malades atteints de troubles graves constitués par de l'amaigrissement, de l'anorexie plus ou moins intense, des phénomènes douloureux, d'aspect, d'ailleurs, assez typique, entraînant une deuxième intervention. De tout ceci, il ressort que l'évolution continue de l'ulcère existe (Cf. Obs. XXVI).

En effet, les observations, les examens radiologiques et les laparotomies montrent que la persistance des symptômes est due à l'activité de l'ulcère et qu'un deuxième temps dé-cidé ne peut pas toujours être fait vu les dimensions de la lésion, sa situation haute et ses adhérences.

Par contre, M. Lefèvre a vu dans son service des ulcères de la petite courbure, qui formaient auparavant une masse énorme, palpable, fondre à la suite de l'intervention, à tel point qu'au deuxième temps il était quelquefois difficile de retrouver la lésion. Il faut ajouter que de tels phénomènes se voient surtout dans des ulcères avec sténose du pylore, et c'est pour cela que M. Lefèvre fait souvent, en même temps que sa gastro-entérostomie première, une exclusion du pylore

au crin qui, quoi qu'on dise, reste très bien en place et est retrouvé intact au cours du deuxième temps (Cf. Obs. XVI, XVIII).

Cependant, la gastro-entérostomie n'évite pas la dégénérescence épithéliomateuse de l'ulcère.

Ainsi Hortolomei (Roumanie) nous montre un malade opéré en 1925 pour ulcère de la petite courbure, et qui meurt la même année dans une clinique médicale. A l'autopsie, on trouve l'ulcère en recrudescence, son fond adhérent au pancréas; de plus, neuf autres de ses malades sont revenus avec des tumeurs cancéreuses inopérables, transformations malignes d'ulcères de la petite courbure opérés antérieurement dans l'espace de deux à quatre ans.

Nous-même nous rapportons des cas de néoplasmes ayant évolué sur de vieux ulcères calleux, et cela malgré la mise au repos par une gastro-entérostomie (Cf. Obs. XXV, XXVIII, XXIX, XXX, XXXIII).

En plus de l'évolution continue et de la cancérisation secondaire que nous venons de voir, la persistance de l'ulcère après une gastro-entérostomie peut faire courir au malade les conséquences d'une hémorragie parfois mortelle.

En résumé, nous sommes ici en présence d'une opération palliative ou indirecte, qui est souvent insuffisante, car, bien qu'elle entraîne une diminution de la tumeur, elle n'entraîne pas une cicatrisation totale de l'ulcère; nous venons de voir qu'elle n'évite pas une évolution secondaire de l'ulcère ni sa cancérisation.

Donc, elle ne guérit pas, mais soulage fortement le malade. Avec son appétit reviennent ses forces, son état général s'améliore, son poids augmente. D'autre part, nous avons vu que l'état infectieux causé par son ulcère avait diminué, de même que sa tumeur. Il est donc, par cette opération, en excellent état pour subir une seconde intervention consistant en l'ablation de l'ulcère.

B. — Interventions mutilatrices simples ou directes.

Il faut alors songer à une opération dite radicale. Plusieurs solutions s'offrent à nous, que nous allons examiner.

La fera-t-on à la *Balfour*, c'est-à-dire en détruisant au thermocautère l'ulcère et la région immédiatement voisine, puis en refermant la perte de substance par un enfouissement de la région brûlée sous plusieurs points de suture séro-musculaire? Cette opération convient uniquement aux ulcères de petite dimension. On imagine mal, en effet, la méthode de Balfour appliquée à un gros ulcère calleux adhérent; de plus, ses inconvénients sont multiples, car elle laisse persister la gastrite parenchymateuse et ses petites ulcérations déjà signalées; elle ne s'accompagne pas de dérivations et laisse entiers les risques de cancérisation, d'hémorragie et même de sténose.

La résection en selle, qui est elle aussi une méthode directe, est une opération difficile, aux sutures délicates sur un estomac septique, et dont la gravité est aussi grande que celle de la gastro-pyloréctomie, tout en présentant de moindres avantages.

Résection en gouttière, appelée encore *opération de Pouchet*.

Elle permet, nous dit cet auteur, la résection de l'ulcère et des parties avoisinantes, l'ablation de la petite tubérosité, portion sécrétante de l'estomac; elle permet enfin de conserver un moignon gastrique assez important pour ne pas causer une gêne fonctionnelle très grande et permet surtout le rétablissement facile du transit gastro-intestinal soit par un Polya précolique; à anse courte de préférence, soit encore par une anse longue transmésocolique.

Ses résultats sont paraît-il très bons, car, en plus du rétablissement du transit intestinal, l'opération a entraîné la section des nerfs gastriques de la petite courbure, et par cela même supprimé le spasme du pylore.

C'est extrêmement juste, mais sur ce point nous nous permettons de faire une petite remarque.

Deux de nos observations comportent une résection en gouttière (obs. VII et XI); la dernière surtout est intéressante, car elle nous a permis de constater une atonie, une inertie du segment pylorique, qui se laisse distendre et aboutit vite à une biloculation contrôlable à la radioscopie, mais qui n'en entraîne pas moins des troubles forçant le malade à subir une nouvelle intervention.

C. — La gastro-pylorectomie.

Mais toutes ces opérations s'effacent à notre avis devant l'efficacité d'une résection large, anatomiquement bien réglée, et qui, malgré une mortalité plus forte d'environ 10 p. 100, a une qualité de guérison nettement supérieure dans l'ensemble.

Donc, avant d'étudier les modalités techniques de la gastro-pylorectomie, nous énoncerons brièvement les avantages généraux et, bien entendu, aussi les inconvénients de cette méthode.

La gastro-pylorectomie remplit toutes les indications de l'exérèse gastrique : elle enlève la région sécrétante du fundus, puis la cause du mal, évitant ainsi ses récides et son évolution secondaire vers le cancer; elle permet de rétablir la continuité du tractus gastro-intestinal par une méthode quelconque.

De plus, le malade qui, gastro-entérostomisé, est en droit de faire une hémorragie, voit cette possibilité réduite à zéro par le seul fait de l'exérèse large passant en tissu sain et évitant de ce chef une désunion secondaire des sutures.

Mais là encore, ce que nous ne pouvons prévoir, c'est le potentiel septique de la lésion qui, ici, au même titre que dans une gastro-entérostomie, pourra nous donner des complications le plus souvent mortelles.

Ainsi, à côté d'une distinction anatomique, faudra-t-il pré-

voir le caractère aigu, septique, de la lésion à traiter et proportionner son acte chirurgical à la lésion trouvée.

Deux méthodes sont en présence :

La gastrectomie en un temps;

La gastrectomie en deux temps.

On reproche à la gastrectomie en un temps sa mortalité élevée, quoique, d'après certains auteurs comme Pauchet et Finsterer, elle ne soit que de 2 à 4 p. 100. Il est vrai qu'ils n'obtiennent ce taux que dans les ulcères bien placés et faciles, ce qui correspond dans notre classification aux ulcères calleux simples non adhérents, ou légèrement adhérents, non enflammés. Mais le pourcentage monte de suite à 10 p. 100 dans les ulcères « mal placés » (et ils sont plus nombreux que les autres), hauts sur la petite courbure, très enflammés, très adhérents, allant même jusqu'à l'ulcus géant avec estomac rouge, œdémateux, hypervascularisé.

Les statistiques consultées nous montrent dans ce mode d'interventions une mortalité variant avec les auteurs de 2 à 10 p. 100. Cela dépend, comme nous l'avons vu, de l'ulcère, de son adhérence, de son inflammation. Tel ulcère calleux simple non adhérent, non enflammé, peut être opéré en un temps, avec une mortalité de 1 à 3 p. 100. Le même, enflammé, voit la mortalité atteindre des taux plus élevés, et, si on ne considère, dans une statistique, que les gros ulcus térébrants, la mortalité dépasse 10 p. 100. Les statistiques américaines ne font pas mention de tels cas, car les ulcères sont opérés avant d'atteindre un tel développement. Cette gastro-pyloréctomie en un temps présente encore des dangers, surtout si elle est pratiquée sur un cachectique, ou si l'ulcère s'accompagne de sténose pylorique avec stase et estomac œdématié.

Nous avons montré précédemment que les régions ulcéreuses et périulcéreuses voient souvent l'apparition de gastrites concomitantes à l'ulcère; rien n'empêchera donc le microbe de trouver un lieu favorable pour pénétrer dans la

profondeur des tuniques de l'estomac. Le péritoine est lui aussi touché; il présente partout des réactions inflammatoires, ce qui met (nous le répétons) le malade en droit de faire une complication pulmonaire. Ces complications, disons-le de suite, ne tiennent pas, comme le croit Finsterer, à une narcose prolongée. Nombreuses sont nos observations où l'anesthésie générale fut pratiquée et où, malgré l'énormité de la lésion, la longueur de l'acte opératoire, les suites ont été excellentes.

Donc, pour ce qui est des ulcus térébrants, la mortalité est encore plus élevée, et cela quelles que soient l'habileté du chirurgien, la rapidité de l'acte opératoire.

Quelles sont alors, dans les cas qui nous intéressent, les lésions justifiant une intervention en un temps ?

Supposons qu'à la laparotomie nous trouvions un ulcère simple de petite dimension siégeant au milieu d'une zone périulcéreuse peu étendue, peu enflammée, peu œdématisée.

Une question nous vient de suite à l'esprit : cet ulcère contient-il le germe soit d'un cancer futur, soit d'une complication septicémique ? Macroscopiquement, il ne semble pas. Son induration est franche, son cratère peu évasé, sa découverte et sa mobilisation faciles. Si nous faisons une gastro-entérostomie, il peut être amélioré; mais ne court-il pas également le risque de faire une hémorragie mortelle ? Tout bien pesé, pourquoi ne pas l'opérer en un temps ? L'acte chirurgical sera presque aussi rapide que la réalisation d'une gastro-entérostomie.

Envisageons maintenant le cas d'un ulcus adhérent : ces adhérences sont minces, celluleuses, les tuniques stomacales ne sont pas trop turgescents; nous pouvons alors suivre la même règle et l'opérer en un temps.

Il en sera, pensons-nous, de même pour les ulcères térébrants, mais de petites dimensions, de décollement facile, si on badigeonne à l'iode le fond de l'ulcère laissé en place sur l'organe qui le bouche et si on draine largement au drain de caoutchouc rond et de taille assez grosse. En résumé, rien ne

nous empêche de réserver pour ces premiers cas anatomiquement satisfaisants cette pyloréctomie en un temps, en nous souvenant que c'est une opération plus longue, plus difficile, causant de gros délabrements, ayant une mortalité plus grande que la gastro-entérostomie dans le cas particulier d'ulcères calleux de la petite courbure. A quoi est due cette mortalité ? Péritonite ou désunion des sutures ? Cela est rare. Le plus ordinairement, elle est due aux complications pulmonaires, accidents que nous n'avons jamais constatés durant notre passage dans le service. Ces complications pulmonaires font leur apparition du quatrième au sixième jour. Elles se manifestent par le changement du facies du malade, par une matité pulmonaire compacte, de la température et un pouls grimpant, jusqu'à ce que survienne la mort. Les prélèvements qu'on a pu faire ont toujours montré des streptocoques aérobies et anaérobies. Pour nous, frappé de cette mortalité élevée de la gastrectomie appliquée aux ulcères calleux simples et très enflammés, nous avons été conduit à étudier la gastrectomie en deux temps.

Cette méthode est-elle nouvelle ? Non, car à notre connaissance le premier cas remonte à 1891, avec Tuholsque, mais jusqu'en 1898, elle a été peu employée; Guinard, dans sa thèse (Paris, 1898), n'en rapporte que trois observations, qui furent du reste trois succès. Depuis lors, on l'a davantage utilisé. Leriche, dans sa thèse (1906), a pu en réunir 20 cas; actuellement les observations en sont nombreuses et les publications sur la question ne sont pas rares. Rappelons celles de : Doyen et Quénu, Terrier et Hartmann, Tixier, Delore, Tuffier et Roux, Berger, Pauchet, Audain, en France, et celles de Mac Cornac, Treves, Grieg, Smith, Czerny, Kahn, Carle, à l'étranger. Tous ces auteurs s'accordent à reconnaître l'excellence des résultats obtenus par cette technique, et Payot, dans sa thèse (1913), inspirée par Delore, souhaite un élargissement des indications de la gastrectomie en deux temps.

Reprenant cette idée sur les conseils de notre Maître M. le Docteur Lefèvre, nous nous sommes attaché à étudier

l'application de cette méthode aux cas des ulcères gastriques et plus particulièrement aux ulcères calleux de la petite courbure. L'opération en deux temps n'a pas été souvent pratiquée pour de semblables lésions, et pourtant elle peut trouver d'utiles indications. Il est permis de dire aujourd'hui que le traitement de choix de l'ulcère provoquant de vives douleurs ou s'accompagnant d'accidents hémorragiques, est l'exérèse chirurgicale. Comme le fait remarquer Sauty dans sa thèse, comme nous l'avons vu nous-même précédemment, cette opération ne va pas sans une certaine mortalité, surtout quand les chirurgiens abordent le cas difficile de l'ulcère calleux avec adhérences. Si l'ulcus peut déjà affaiblir le malade par le syndrome de sténose du pylore ou par des hémorragies successives (ulcus cachectique de Payr), donnant alors au chirurgien un terrain dangereux pour l'exérèse, il peut être aussi d'une extirpation difficile par les adhérences qu'il contracte avec les organes voisins. On se trouve alors en présence de ces malades qui, comme le dit Sauty, présentent « un minimum de résistance avec un maximum de lésion ».

A côté de ces malades, il y a ceux qui, porteurs de petites lésions anatomiques, courent un gros risque opératoire du fait de leur mauvais état général ou de leurs tares physiologiques. Ce seront en particulier des urémiques, des obèses, des cachectiques, de vieux rétentionnistes gastriques, des fébriles, chez lesquels il y a intérêt à laisser les zones ulcéreuses au repos et à dédoubler l'acte opératoire, parce que ces malades sont peu résistants. Bien que Finsterer soit partisan de la gastrectomie en un temps, il n'a pu s'empêcher de reconnaître l'efficacité de la gastrectomie en deux temps; aussi dit-il : « L'ulcère se réduit de volume après quatre semaines, de sorte que la résection pourra se faire avec un risque minimum; mais l'opérateur doit se rappeler que, dans l'intervalle entre le premier et le deuxième temps, il peut y avoir une hémorragie grave, ou perforation aiguë, ou ulcus

peptique de l'anastomose gastro-jéjunale. » Mais il estime la gastrectomie en deux temps complètement inutile pour des chirurgiens expérimentés. Aussi conseille-t-il même aux débutants, afin de parfaire leur technique opératoire, de suivre les règles de la gastrectomie en un temps. Ainsi auront-ils l'avantage de voir leur mortalité opératoire diminuer sans toutefois s'astreindre à pratiquer la gastrectomie en deux temps.

Ce reproche fait au « deux temps » d'être une opération de débutants n'est pas toujours mérité. Nombreux en effet sont les chirurgiens avisés qui en font usage, la mortalité qu'elle entraîne étant voisine de zéro. Toute technique chirurgicale qui réduit la mortalité doit, à notre avis, dicter impérativement notre choix.

Finsterer et Pauchet assurent que la réussite de la gastrectomie en un temps est fonction du perfectionnement de la technique opératoire, de la vitesse d'exécution, en un mot des qualités inhérentes au chirurgien. Tout chirurgien général honnête ne peut prétendre à la virtuosité d'un Finsterer ou d'un Pauchet.

Tout cela d'ailleurs n'empêche pas ces Maîtres incontestés de la chirurgie gastrique d'avoir dans les cas qui nous intéressent, 10 p. 100 de mortalité (gastrectomie en un temps, 10 p. 100; gastrectomie en deux temps, 2 à 4 p. 100. Notre choix est fait). Il faut en chercher principalement la raison dans ce que le chirurgien n'est pas encore maître des processus inflammatoires septiques qui se font dans l'épaisseur même des tuniques ulcéreuses.

D'autres objections ont été faites à la gastrectomie en deux temps. Les inconvénients reprochés sont de deux sortes : d'abord d'ordre général, ensuite d'ordre technique.

Inconvénients d'ordre général. — Ils constituent plutôt des objections de principe. Il est évidemment toujours ennuyeux d'imposer au malade deux opérations. On doit s'y résigner pourtant si le pronostic est fonction de la prudence opératoire. Il est indispensable également de ne pas perdre de vue

les opérés; il faudra donc réduire au minimum convenable l'intervalle séparant les deux temps. Le malade, ignorant de son état et éprouvant une amélioration passagère mais réelle peut refuser le deuxième temps. Le rôle du médecin sera alors de lui faire comprendre les bénéfices qu'il tirera de la seconde intervention en lui expliquant la possibilité d'une dégénérescence maligne qu'il n'aura plus à redouter si on lui enlève la cause de son mal. Il est aussi un facteur très important : c'est celui de la classe sociale de l'individu. Supposons un ouvrier qui se fait opérer à l'hôpital et admettons même qu'il soit traité comme indigent. Malgré cela, en prolongeant son séjour à l'hôpital pour une deuxième intervention, nous lui causons un réel dommage, alors qu'il se sent assez fort pour reprendre son travail et par cela même son salaire entier. Il sera bon de lui expliquer que la première intervention n'a pas déterminé la guérison mais une simple amélioration de son état, qu'une récurrence plus grave est probable et que sa vie doit lui être plus précieuse qu'un manque à gagner momentané. Si, par exemple, l'état d'un autre malade est par trop précaire il faudra le déterminer à se laisser opérer en deux temps, afin de ne pas lui faire courir les risques d'une opération trop grave.

Inconvénients d'ordre technique. — Ils consistent d'abord en la qualité défectueuse de la paroi après le deuxième temps, ensuite en la présence d'adhérences qui s'établissent avec la paroi et qui seraient de nature à entraver la résection. Ces adhérences gênent considérablement la mobilisation de l'estomac et empêchent son extériorisation (Tixier).

Villard signale comme un écueil la fixation de l'estomac par l'anse duodéno-jéjunale, pouvant aussi gêner le retournement de l'estomac et empêcher la résection de porter en tissu sain. Cette objection tombe d'elle-même si on place la bouche en amont le plus loin possible de la tumeur, qui peut être aussi largement dépassée; rares sont les observations où cela n'a pu se faire. On prévient également ainsi l'arrachement de la bouche au cours de manœuvres de résection et

l'obligation où on se trouverait de la réséquer lors du deuxième temps.

Pour Pauchet, la bouche doit être placée comme classiquement au point le plus déclive afin de drainer complètement l'estomac; elle doit être d'assez grande dimension, à peu près à 10 centimètres du pylore. Dans le deuxième temps, cet auteur enlève la bouche première, rétablit la continuité suivant la technique choisie et, au besoin réserve même pour un troisième temps la réalisation de la bouche de gastro-entérostomie seconde.

Pour nous, l'expérience nous a montré qu'en plaçant la bouche anastomotique, marginale, très en haut à gauche, en amont de la lésion, nous avons toujours une évacuation suffisante. On nous reprochera de ne pas la faire au point déclive, mais le pylore est-il au point déclive avec sa direction ascendante de bas en haut et de gauche à droite ? Maintenant, nul besoin d'enlever la bouche au deuxième temps. Nous avons ménagé l'étoffe gastrique suffisante à notre résection, la zone inflammatoire œdémateuse a disparu, la bouche siège en tissu souple et la résection seconde portera, elle aussi, le plus possible en tissu souple et sain.

D'un autre côté, on n'a plus à s'occuper de la première bouche; on n'a même pas besoin de la séparer du mésocolon, et on travaille ainsi dans l'étage sus-mésocolique, beaucoup moins dangereux que l'étage sous-mésocolique.

On nous reproche aussi l'inefficacité de la bouche. Or il semble bien qu'elle soit entièrement efficace, puisque l'ulcère se réduit et l'œdème diminue.

Combien de temps après la première intervention doit-on pratiquer la seconde ? Certains auteurs répondent : immédiatement. Pour nous, l'expérience nous a montré qu'il vaut mieux la faire un mois après, puisque nous pratiquons une gastro-entérostomie pour relever l'état général du malade et diminuer le volume, l'œdème et les phénomènes inflammatoires de sa lésion.

Il nous reste à examiner la mortalité de cette opération.

Pour des cas cliniquement graves et en faisant entrer dans notre pourcentage la mortalité de la gastro-entérostomie première, nous n'obtenons que 4 p. 100, contre 10 à 15 p. 100 pour l'opération en un temps appliquée à des lésions anatomiquement aussi graves.

Quand doit-on faire cette opération en deux temps ? Ne doit-on la faire que si le malade ne sort pas amélioré de sa première intervention ? Non. Il faut la faire systématiquement, toujours à cause du risque de la continuité de l'évolution de l'ulcère, de l'hémorragie, de la cancérisation. Elle consistera à enlever le segment d'estomac compris entre le duodénum et la bouche de gastro-entérostomie. Il est inutile d'insister sur la difficulté que ce deuxième temps présente à causes des adhérences primitives, augmentées de celles consécutives au premier temps, mais malgré cela les suites opératoires sont simples et parfaites.



CONCLUSIONS

De tout ce que nous venons de voir, nous tirons les conclusions suivantes :

1° Le danger d'une évolution maligne possible doit nous faire accepter sans restriction l'idée d'une résection, et l'opération de choix pour les ulcères calleux de la petite courbure est alors :

la gastro-pylorectomie large.

Ses résultats fonctionnels sont meilleurs que ceux de la gastro-entérostomie, et cette opération évite les deux grosses complications de l'ulcère calleux :

l'hémorragie et la cancérisation secondaire.

2° La gastrectomie en un temps voit son indication s'étendre aux :

ulcères calleux simples non enflammés;
ulcères calleux adhérents non enflammés;
ulcères térébrants de petite dimension et non enflammés;

3° La gastrectomie en deux temps doit s'adresser aux :

ulcères calleux simples enflammés;
ulcères calleux adhérents enflammés;
ulcères térébrants de toute dimension et enflammés;
ulcères géants enflammés ou non;
ainsi qu'aux malades ayant un mauvais état général ou des tares physiologiques.

Nous ne voulons pas conclure sans revenir sur l'assertion de Finsterer prétendant que l'opération en « deux temps » est une opération de débutant. La mortalité seule importe, elle tient à une cause purement locale et non au chirurgien ni à son habileté, car elle réside en effet dans l'ulcère, et c'est lui qui nous dictera notre conduite.

Enfin, la gastrectomie en deux temps ne pourra céder le pas à d'autres méthodes, et en particulier à l'opération en un temps, que le jour où l'on sera en mesure de prévenir les complications pulmonaires mortelles à point de départ ulcéreux et lutter efficacement contre l'infection de l'ulcère. C'est, en effet, cette infection et la crainte des complications pulmonaires qui poussent des chirurgiens à opérer en deux temps. N'oublions pas aussi que les voies nouvelles ouvertes à la chirurgie doivent être jalonnées de deux mots que l'on voit souvent sur les routes des pays anglo-saxons : « Safety-First ».

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 14 décembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

I. — *Ouvrages de langue française.*

- ABADIE (J.). — Résection gastrique comme méthode de choix dans le traitement des ulcères de l'estomac. Académie de médecine, 25 nov. 1919.
- Le traitement chirurgical dans l'ulcère de l'estomac. *Bruxelles médical*, 25 janv. 1926.
- A propos de 300 opérations pour ulcères d'estomac. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 27 avril 1927.
- AUDAIN (G.). — Quelques publications de chirurgie gastrique et de chirurgie générale. Imp. Giraud, Saint-Cloud.
- L'anastomose déclive dans la gastro-entérostomie postérieure est-elle logique? *Presse médicale*, 1926.
- La gastrectomie doit être une opération bénigne. *Phare médical*, 1926.
- BARUTHEL. — La perforation de l'ulcère de la petite courbure de l'estomac. Thèse Bordeaux, 1921.
- BERGER et GÉRY. — Ulcère cancérisé de la petite courbure. Soc. anat. de Paris, 1919.
- BLOCH et MAYER. — Les résultats éloignés du traitement des ulcus gastriques par la gastro-pyloréctomie. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 14 déc. 1927.
- BOCCA et MALLET (Guy). — Ulcères de la petite courbure. Soc. de chir. de Lyon, 12 juin 1924.
- BOIRON. — Thèse Bordeaux, 1932.
- BOUCHUT. — Pylorospasme avec syndrome de rétention dans l'ulcère de la petite courbure. Soc. de méd. et des hôp. de Lyon, 19 oct. 1920.
- Gastro-radiculite et ulcères de l'estomac. Soc. de chir. de Lyon, 27 oct. 1921.

- BOUCHUT. — Troubles du fonctionnement pylorique dans l'ulcère de la petite courbure. Soc. de méd. et des hôp. de Lyon, 13 déc. 1921.
- BRENNMANN (E.) et DELOYER (L.). — Etude de la topographie des régions élaboratrices de l'acide chlorhydrique dans l'estomac. *Presse médicale*, n° 67, p. 1086, 1929.
- BRISSET. — Poussée phlegmoneuse aiguë à streptocoques sur un ulcère simulant une perforation. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 2 mars 1927.
- BROHÉE (G.). — Du signe radiologique de P. Duval dans l'ulcère récent de la petite courbure. *Le Scalpel*, Bruxelles, 5 mai 1923, t. LXXVI, n° 18.
- CAILLÉ. — Diagnostic clinique de certaines formes de localisation de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. Thèse Paris, 1913.
- CAILLÉ et DURAND-MASSÉ. — Résultats éloignés du traitement des ulcères gastro-duodénaux. *Arch. des mal. de l'appareil digestif*, 1912, t. VI, p. 361.
- CHAPELON. — Troubles de l'évacuation gastrique dans l'ulcère de la petite courbure. Thèse Lyon, 1922.
- CHAUVENET. — Ulcère calleux gastro-pylorique perforé en péritoine libre : opération à la troisième heure par enfouissement et gastro-entérostomie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, t. CIV, n° 1, 10 janv. 1927, p. 36.
- CHAVANNAZ. — *Gaz. hebd. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 24 avril 1921.
- CHAVANNAZ et CHENUT. — Vaste ulcère de la face postérieure de l'estomac. *Bull. et Mém. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1924, p. 371-377.
- CHIRAY et P. AURY. — De quelques hémorragies gastro-duodénales mal connues, en particulier dans les périviscérités digestives et les troubles du transit colique. *Presse médicale*, 9 juillet 1930, n° 55, p. 921.
- COMBIER et MURARD. — Vaccination préopératoire dans les interventions gastriques. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 9 février 1927.

Congrès de chirurgie, années 1920 et 1928.

DAVID. — Indications opératoires et procédés de choix pour le traitement chirurgical des ulcères de l'estomac. Thèse Alger, 1920.

DELAGÉNIÈRES. — Sur l'ulcus de la petite courbure. *Gaz. des hôp.*, 19 et 21 oct. 1920.

DELAY. — Du traitement chirurgical de la périgastrite, suites d'ulcères de l'estomac. Thèse Lyon, 1904.

DELORE et SAUTY. — Gastrectomie pour ulcères gastriques. *Lyon chirurgical*, 1914, t. XI, p. 222.

DELORE et LAMARTINE. — *Lyon chirurgical*, août et sept. 1919.

DELORE et MICHON. — De la recherche des petits ulcères de l'estomac. Soc. de méd. de Lyon, 27 juin 1929.

DELORE et CREYSSSEL. — Des ulcères récidivant postopératoires. *Journ. de chir.*, 1925, t. XXV, p. 385.

DELORE et DE GIRARDIER. — Du rétrécissement des orifices de gastro-entérostomie dans les cas d'ulcères gastro-duodénaux. *Presse médicale*, 1^{er} mars 1930, n° 18, p. 299.

DELORT. — Etude sur les symptômes de l'ulcus de la petite courbure de l'estomac : valeur diagnostique et pronostique. Thèse Paris, 1918.

DE MARTEL. — Gastrectomie (nouvelle technique opératoire). *Presse médicale*, n° 44, juin 1920.

DIEULAFOY. — Transformation de l'ulcère simple en cancer. *Presse médicale*, 11 nov. 1897.

— *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. I, 13^e leçon.

DRUARD. — Résection gastrique pour ulcère calleux avec biloculation. Thèse Lyon, 1907.

DUFOURT et SÉDAILLIAN. — Etiologie et prophylaxie des broncho-pneumonies postopératoires. *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 25 août 1927, n° 10, p. 690-757.

DURAND et BINET. — Le tubage duodénal, ses difficultés et ses causes d'erreur. *Presse médicale*, 22 sept. 1923.

DUVAL, ROUX et BECLÈRE. — Radiologie clinique du tube digestif.

DUVAL. — Le drainage systématique après gastro-pyloréctomie

- large. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1919, p. 619.
- FAHIM. — Nécessité de la gastrectomie dans le traitement de l'estomac biloculaire par ulcère. Thèse Lyon, 1919.
- FELHMAN. — Réflexions sur 41 observations de gastrectomie en deux temps. Thèse Lyon, 1920.
- FERRAND. — Considérations sur le traitement des ulcères de la petite courbure et du corps de l'estomac. Thèse Bordeaux, 1923.
- GAELTLINGER. — Les différentes sécrétions gastriques et duodénales dans la production des ulcères. Le rôle de l'infection. *Bruxelles médical*, juin 1931.
- GINESTY. — Contribution à l'étude de l'ulcère de la petite courbure de l'estomac. Thèse Toulouse, 1922.
- GOSSET et LÖWY. — Ulcères de la petite courbure. *Presse médicale*, 19 juin 1929.
- GUÉRIN. — Les ulcères juxta-cardiaques de l'estomac. Thèse Lyon, 1920.
- HADENGUE. — Anciens ulcus (ulcus calleux) de la petite courbure ayant perforé la paroi. Signes radiologiques. *Cahiers de prat. méd.-chir.*, mai-juin 1930.
- HARTMANN. — *Travaux de chirurgie*, 6^e série, Paris, 1926, p. 207.
- Résultats éloignés de la gastro-entérostomie dans l'ulcère de la petite courbure de l'estomac. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 12 oct. 1927.
 - Estomac biloculaire et ulcère de la petite courbure. *Journ. des prat.*, 29 sept. 1928.
 - Ulcères de l'estomac. *Journ. des prat.*, 3 mai 1920, p. 293.
 - L'ulcère de la petite courbure de l'estomac. *Gaz. des hôp.*, 18 juin 1930.
 - Résultats éloignés du traitement des ulcères de la petite courbure. *Gaz. des hôp.*, août 1930.
 - L'ulcère calleux de l'estomac et le soi-disant ulcéro-cancer. *Gaz. des hôp.*, 1^{er} oct. 1930.
 - Ulcères de l'estomac, *Journ. des prat.*, 23 janv. 1932.

HARTMANN et SOUPAULT. — Chirurgie de l'estomac. *Travaux de chirurgie*, 7^e série.

HAYEM. — La question de l'ulcère calleux et de l'urétro-cancer. *Presse médicale*, 4 août 1897.

— L'ulcéro-cancer pylorique. *Presse médicale*, n^{os} 88-98, 2 et 7 déc. 1907.

HARTOLOMEI. — Gastro-entérostomie ou gastro-pyloréctomie large comme traitement des ulcères gastro-duodénaux. *Presse médicale*, 6 août 1930.

KLEYMAN. — De la périgastrite adhésive et son traitement chirurgical. Thèse Paris, 1905.

LAMBRET. — Recherches sur les complications pulmonaires des opérations sur l'estomac. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 22 juin 1921, p. 912-916.

— A propos de la vaccination préventive des complications pulmonaires dans les opérations gastriques. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 3 mai 1926, p. 278-282.

LANGLAIS. — De la périgastrite adhésive dans l'ulcère de l'estomac. Thèse Lyon, 1902.

LECÈNE. — Ulcères calleux de l'estomac; fréquence des lésions de cancérisations. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1928, p. 455.

LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, t. III.

LEFÈVRE et COSTEDOAT. — Insuffisance de la gastro-entérostomie dans les ulcères calleux adhérents. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1928.

LEFÈVRE et VERNIER. — Quatre nouveaux cas d'ulcères gastriques hémorragiques. Soc. de chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest, séance du 17 juill. 1930.

— Ulcères calleux dégénérés. *Bordeaux chirurgical*, n^o 2, avril 1931.

LETULLE. — Anatomico-pathologie, t. II.

LOEPER. — A propos de l'ulcus de la petite courbure. *Monde médical*, 10 mars 1922.

LOEPER et LEMAIRE. — Dégénérescence musculaire pseudo-kystique au niveau du creux sus-claviculaire gauche simulant un

- ganglion de Troisier chez un malade porteur d'ulcère calleux de la petite courbure. *Progrès médical*, août 1928, p. 1355.
- MARION. — De l'intervention chirurgicale dans le cours et les suites de l'ulcère simple de l'estomac. Thèse Paris, 1897.
- MAUGÉ. — Deux cas d'ulcères perforés de la petite courbure. Soc. de chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest, 25 juin 1923.
- MÉTRAUX. — Résultats éloignés de 210 gastro-entérostomies de Roux de Lausanne. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1920, t. XL, p. 569.
- MONDOR et LAURET. — Les ulcères gastriques et duodénaux perforés, Paris, 1923.
- MURARD (J.). — La vaccination préopératoire dans les interventions gastriques. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 18 juin 1930. Rapport de L. Bazy, p. 821.
- Les vaccinations préopératoires en chirurgie gastrique. *Presse médicale*, 20 sept. 1930, n° 16, p. 1274.
- NEUMAN. — Tendances actuelles du traitement de l'ulcère gastrique. Soc. belge de chir., 24 avril 1926.
- PAPIN (F.) et DUBOURG. — Ulcères perforés de la petite courbure. *Gaz. hebd. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 24 avril 1921.
- PAPIN (F.). — Rapport entre le cancer et l'ulcère d'estomac. *La Médecine*, oct. 1927, n° 1, p. 24.
- Ulcères calleux hémorragiques de la petite courbure de l'estomac. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 27 févr. 1930.
- Ulcères calleux hémorragiques de la petite courbure de l'estomac. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, juill. 1930, p. 75.
- PAUCHET (V.). — Traitement chirurgical des affections de l'estomac.
- Ulcères d'estomac. Doin, 1929.
- Rapport sur la technique de la gastrectomie par Hans Finsterer. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 19 févr. 1932, t. XXIV, n° 4, p. 100 et suivantes.

- PAYOT (L.). — De la gravité opératoire de la gastrectomie. Thèse Lyon, 1913.
- PIGNAL (J.). — De la transformation de l'ulcère simple en néo. Thèse Lyon, 1891.
- PRAT (J. DE). — Poussées flegmoneuses au niveau des ulcères gastriques. *Bruxelles médical*, 1930 et 1932.
- RAMOND. — Du pylorospasme. *Presse médicale*, n° 28, 5 mars 1920.
— Les régions élaboratrices de l'acide chlorhydrique. *Presse médicale*, n° 22, 1928.
- RÉMON (J.). — Des adhérences gastro-pancréatiques consécutives à l'ulcère d'estomac. Thèse Paris, 1902.
- RIVIÈRE. — De la valeur comparée de la gastro-entérostomie et de la résection dans l'ulcère non compliqué de l'estomac. Thèse Lyon, 1906.
- ROUX (C.). — Pathologie gastro-intestinale.
— Au carrefour pyloro-sous-hépatique. Radioscopie courante. Résection pour ulcères ou gastro-entérostomies. *Rev. méd. de la Suisse Romande*, t. XLIV, n° 7, juill. 1924.
- SANEROT. — Néo de l'estomac à évolution lente; ulcus rodens gastrique (étude clinique, thérapeutique chirurgicale). Thèse Lyon, 1906.
- SAUTY. — Contribution à l'étude des ulcères chroniques du corps de l'estomac et estomac biloculaire pour ulcère. Thèse Lyon, 1914.
- TIMBAL. — Troubles du fonctionnement pylorique dans l'ulcère de la petite courbure. Soc. méd. de Toulouse, 11 et 21 mars 1922.
- TIXIÉR. — Ulcères de la petite courbure. *Lyon chirurgical*, mai 1909.
- ULRICH. — Gastro-pylorectomie dans le traitement des ulcères perforés. *Rev. de chir.*, 1921, t. LIX, p. 467.
- VAN DER WOODT. — La cure radicale des ulcères gastriques. *Bruxelles médical*, n° 38, 19 juill. 1931, p. 1127.
- VAN DE PUTT. — La cure radicale des ulcères gastriques. *Bruxelles médical*, janv. 1926, p. 509.

WEISS et GURIARRAN. — Ulcères chroniques gastro-duodénaux expérimentaux créés par la dérivation de sucs alcalins duodénaux. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1930, n° 1, p. 8.

II. — Ouvrages de langue allemande.

BRENNER. — Gastro-enterostomie oder resection bei ulcus ventriculi callosum. *Arch. für Klin. Chir.*, 1906, n° 78, p. 60.

— Même sujet. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 30 oct. 1913.

— *Zentralbl. für chir.*, n° 18, 30 avril 1932.

EISELBERG. — Résection gastrique pour ulcère. *Arch. für Klin. Chir.*, 1920, t. CXIV, p. 539.

FINSTERER. — *Wien. Mediz. Wochenschr.*, 1921, t. LXXI, p. 305; 1925, t. XXXVIII, n° 1.

FRANKE. — *Zentralbl. für Chir.*, Leipzig, 1897.

HABERER. — Résection gastrique pour ulcère. *Arch. für Klin. Chir.*, 1921, t. CXVII, p. 50.

KELLIG. — Des ulcus calleux de l'estomac. *Münch. Mediz. Wochenschr.*, t. VII, n° 36.

KLOÏBER. — Résection pour ulcère pénétrant. *Beitr. zur Klin. Chir.*, 1920, t. CXIX, p. 247.

KOCHER. — Résultats éloignés de 180 gastro-entérostomies pour ulcères. *Arch. für Klin. Chir.*, 1921, t. CXX, p. 86.

ROTTER. — Indications d'excisions et de gastro-entérostomies pour ulcères de l'estomac. *Deutsche Mediz. Wochenschr.*, 1921, t. XLVII, p. 739.

III. — Ouvrages de langue anglaise.

BALFOUR. — Résultat du traitement chirurgical de l'ulcère gastrique. *Surgery, Gynecal and Obstetric*, 6 juin 1912, in *Journ. de Chir.*, t. XV, n° 7, 1919.

— *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 1919, t. LXXIII, p. 571.

- BALFOUR. — Recuring ulcer following partial gastrectomy. *Ann. of Surg.*, 1928, t. LXXXVIII, p. 548.
- CONNELL. — Fundusectomy. *Surgery, Gynecal and Obstetric*, t. XIX, nov. 1929, p. 696.
- JORDAN (S. M.). — Gastric ulcer and Cancer. *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, nov. 1929, p. 1642.
- MAYO. — Sur les opérations radicales portant sur l'estomac. *Surgery, Gynecal and Obstetric*, avril 1923, p. 447.
- MOYNIHAN. — La gastro-entérostomie et ses suites. *British Med. Journ.*, 9 mai 1908.
- TUHOLSKE. — Sur l'opération en deux temps. *The Med. news Philadelphia*, 1^{er} mars 1893, p. 263.

